

Title	学会抄録 第198回日本泌尿器科学会関西地方会(2007年2月17日(土), 於 兵庫県私学会館)
Author(s)	
Citation	泌尿器科紀要 (2007), 53(11): 833-839
Issue Date	2007-11
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2433/71514">http://hdl.handle.net/2433/71514</a>
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

## 学会抄録

### 第198回日本泌尿器科学会関西地方会

(2007年2月17日(土), 於 兵庫県私学会館)

**気腫性膀胱炎の1例**：山道 深, 山野 潤, 山田裕二, 濱見 學 (県立尼崎) 78歳, 女性。主訴は肉眼的血尿。既往歴は2005年4月より糖尿病性腎不全で血液透析施行。2002年7月に両側 VUR でコラーゲン注入術施行。現病歴は2002年8月より糖尿病による神経因性膀胱で間歇的導尿による排尿管理を行っていたが, 慢性膀胱炎を併発していた。2006年8月に肉眼的血尿を認め, KUB, CT, 膀胱鏡を施行。KUB では膀胱に一致したガス集積像を認め, CT では膀胱壁に沿って全周性にガス像が認められ, 両腎にも少量のガス像を認めた。膀胱鏡では膀胱全体に著明な発赤を認め, 気腫様の粘膜隆起を認めた。以上より気腫性膀胱炎と診断。尿培養から *E. coli* が検出された。抗性剤 (メロペネム) と尿道留置カテーテルによる保存的治療で軽快した。自験例はわれわれが調べた限りで本邦58例目であった。

**Ileal neobladder 術後の尿禁制回復期間に関する検討**：日向信之, 福本 亮, 田口 功, 結縁敬治, 山中 望 (神鋼) 2001年から2006年までに膀胱癌のために膀胱全摘除術を行い, 小腸利用膀胱再建術 (Studer 変法) を施行した症例を対象とした。Pad 重量を用いた尿失禁量率を算出し, 年齢, 手術時間, 出血量, バルン留置期間, 1 回排尿量との相関および年次ごとの尿失禁量率につき検討した。一回排尿量と夜間尿失禁量率との間には自排尿開始後1, 2, 7日目において相関関係が認められた。2006年より男性患者において前立腺尖部および括約筋部尿道の処理に順行性操作を採用したが, 自排尿開始後7日目までの昼間尿失禁量率に統計学的に有意な変化は認められなかった。

**胃印環細胞癌膀胱転移の1例**：中田 渡, 山中和明, 阿部豊文, 森直樹, 関井謙一郎, 吉岡俊昭, 板谷宏彬 (住友), 木下和郎 (同内科) 62歳, 男性。右下肢浮腫を主訴に, 2006年5月腎臓内科を受診。胸腹部 CT 検査で, 左頸部リンパ節腫大と左水腎症を指摘された。また, 血液検査で ALP 高値のため, 骨シンチ施行し多発骨転移を認めた。尿路原発腫瘍を疑われ, 同年7月当科紹介された。検尿は正常で, 尿細胞診は class II であった。逆行性腎盂造影の際に, 膀胱鏡で膀胱三角部に白色非乳頭状腫瘍を認めた。MRI 検査では, 強い造影効果のある表在性の腫瘍を認めた。経尿道的生検の病理結果は印環細胞癌であった。原発検索の胃内視鏡にて胃体部小弯に潰瘍を認め, 生検の病理結果で胃原発と診断された。TS-1 内服治療を行ったが, 病状進行し同年11月に亡くなった。胃癌膀胱転移は, 本邦で40例報告されているが, 治療方針は確立されておらず, 予後は悪かった。

**内視鏡下ホルマリン綿片貼付によりコントロールしえた放射線性膀胱炎に起因した膀胱出血の1例**：原口貴裕, 山崎隆文, 武市佳純 (県立淡路) 症例は80歳, 女性。約20年前に子宮癌に対して手術および放射線治療を受けた。2006年3月に肉眼的血尿および下腹部痛を認めたため当科を受診した。膀胱タンポナードをきたしており, 膀胱鏡では膀胱後壁に限局した粘膜の発赤と出血を認めた。尿細胞診および膀胱粘膜生検による組織診ではともに悪性所見を認めず, 放射線性膀胱炎と診断した。経尿道的電気凝固および膀胱持続洗浄を施行したが一時的な改善しか得られず, マーロックス膀胱内注入療法を施行した。しかし肉眼的血尿および膀胱タンポナードを頻回に繰り返したため, 5%ホルマリンを浸した綿片を内視鏡下に出血部位に15分間貼付し, 良好な結果が得られた。この治療法は放射線性膀胱炎による頑固な出血に対して有用であると考えられた。

**膀胱全摘を施行した異時性七重複癌の1例**：田口 功, 福本 亮, 日向信之, 結縁敬治, 山中 望 (神鋼), 坂上 隆 (兵庫医大消化器科) 64歳, 男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。43歳時の腎細胞癌から始まり, 当科受診時までに肺癌, 胃癌, 皮膚癌, 残胃癌の既往歴があった。膀胱腫瘍の診断にて膀胱全摘除術, 尿管皮膚瘻 (tubeless) を施行した。病理組織診断は TCC, G2, pT3a であった。抗癌化学療法を追加し, 術後30カ月の現在再発を認めていない。なお, 当科受

診後に肺癌を, またその後に甲状腺乳頭状癌を発症し, 膀胱癌とあわせて6臓器7種の異時性原発性悪性腫瘍を認めた。その後, 第2子およびその子供である孫に腫瘍を認めたことを契機に遺伝性疾患を疑い, 他院臨床遺伝部を受診した。精査にて P53 遺伝子の胚細胞遺伝子変異が同定され, 家族歴と合わせて Li-Fraumeni 症候群と診断された。

**前立腺導管癌の1例**：羽阪友宏, 山越恭雄, 渡邊美博, 江崎和芳, 川中俊明 (石切生喜) 76歳, 男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱尿道鏡検査にて前立腺部尿道に乳頭状腫瘍を認め, MRI で前立腺癌が疑われた。PSA は 5.6 ng/ml。前立腺生検で導管癌と診断された。画像検査上, 病期 C1 と診断され, 2003年6月, 前立腺全摘除術および精巣摘除術施行したが, 所属リンパ節に転移認め, 病期 D1 と診断された。術後, 内分泌療法 (MAB), 放射線療法により一時 PSA は0.2未満となる。2004年7月より PSA は徐々に増加し, 2006年2月, 肺転移を認めた。PTX+CBCDA 3クール, PTX+CDDP 1クール施行し, 肺転移巣は NC であった。最近, 肺転移巣増大傾向があるため, 今後治療内容を変更する予定。

**前立腺基底細胞癌の1例**：西田 剛, 瀬川直樹, 濱田修史, 高原健, 東 治人, 勝岡洋治 (大阪医大), 辻 求 (同病院病理部) 67歳, 男性。頻尿, 排尿困難で2006年4月14日当科受診。尿閉であり, 触診上で前立腺に石様硬を認めた。4月26日前立腺生検を施行。悪性病変を疑わせる所見であったが, 未分化であり確定診断は得ることが出来なかった。画像診断の結果, 臨床病期 T4N1M1 と診断。排尿障害に対しての患者本人の強い希望と, 標本採取の目的もあり, 7月13日経尿道的前立腺切除術を施行。免疫染色を施行したところ, 前立腺基底細胞癌と診断。抗男性ホルモン療法を施行したが, 3ヵ月後のCTで腫瘍の増大認め, 治療の効果なく悪液質をきたし12月15日死亡した。本症例は純粋な basaroid type で, 海外の文献を含め5例目であった。文献上には予後良好な疾患とされるが, 本症例は病期の進行性が早く, 内分泌療法に抵抗性であった。

**前立腺 Neuroendocrine carcinoma の2例**：北本興市郎, 呉 偉俊, 田中智章, 仁田有次郎, 川嶋秀紀, 杉村一誠, 仲谷達也 (大阪市大) 症例1, 85歳, 男性。排尿困難を主訴に当科受診。PSA 7.2を認め前立腺生検施行。結果は低分化型腺癌。MAB 療法にて PSA は正常化した。経過中排尿困難認め, 精査した結果 T4N0M0 の小細胞癌と診断。既往歴など考慮しホルモン療法にて経過観察。4ヵ月後自宅にて永眠。症例2は81歳, 男性。PSA 33.4を認め前立腺生検施行。結果は小細胞癌。MAB 療法施行にて PSA 正常化し MRI 上腫瘍の縮小を認めた。その後再度前立腺生検施行。小細胞癌を認め, DTX, CBDCA による化学療法を施行中。本邦において NE differentiation 14例目, 前立腺癌小細胞癌 83例目であった。Neuroendocrine carcinoma には確立された診断, 治療法がないのが現状である。

**前立腺癌の治療経過中に髄膜癌腫症 (癌性髄膜炎) を発症した1例**：安福富彦, 田中浩之, 松本 修 (三木市民) 55歳, 男性。ホルモン抵抗性前立腺癌に対し Paclitaxel, Estramustine, Carboplatin 併用 (TEC) 療法を合計10コース施行した。治療開始より約2年後頭痛を主訴として入院された。CT 上明らかな異常を認めなかったが, 造影 MRI で脳表に沿って造影効果を指摘された。髄液細胞診にて腺癌細胞を認め, 前立腺癌による髄膜癌腫症 (癌性髄膜炎) と診断された。全身状態が悪く家族も積極的な治療を希望されなかったため, グリセリン, ステロイドの投与を行った。一時的に症状の改善を認めたがその後増悪し, 入院後36日目に永眠された。前立腺癌, 髄膜癌腫症の報告は, われわれが調べた限り本邦7例目であった。髄膜癌腫症の予後は不良であるが, 早期に診断と治療を行うことにより症状の改善が期待できる。髄膜癌腫症は末期状態の患者が多く, 他の転移による症状も伴うため, 診断されていない症例も多いと考えられた。

再燃性前立腺癌に対して **DTX** が有効であった **1例**：鳥山清二郎，沖原宏治，横田智弘，牛嶋 壮，中村晃和，三神一哉，高羽夏樹，水谷陽一，三木恒治（京都府立医大） 68歳，男性。近医にて中分化型前立腺癌 stage D2 の診断のもと，MAB 療法を施行していたが，1年8ヵ月後にホルモン抵抗性となり，当科紹介受診。初診時 PSA 値は503で，画像所見上，多発骨転移，多発リンパ節転移を認めた。Paclitaxel (70 mg/m<sup>2</sup>/every week) + Estramustine Phosphate (560 mg/day) 療法を施行したが，2ヵ月の奏功期間の後，PSA の再上昇を認めたため，Docetaxel (70 mg/m<sup>2</sup>/every 3 week) + Estramustine Phosphate (560 mg/day) 療法に変更。PSA の減少を認め，6ヵ月の奏功期間を認めた。

術中電気刺激を用いた腹腔鏡下神経温存前立腺全摘除術の経験：曾我英雄，武中 篤，寺川智章，熊野晶文，古川順也，石村武志，村蒔基次，倉橋俊史，三宅秀明，田中一志，原 勲，藤澤正人（神戸大）腹腔鏡下前立腺全摘除術が施行された限局性前立腺癌6例に対して，前立腺摘出前後での前立腺周囲の電気刺激を行い，陰茎海綿体圧を測定することで，神経温存の電気生理学的評価を行った。前立腺摘除後電気刺激にて，5cm 水柱以上の圧上昇を認めた場合に神経温存と判断した。摘出前電気刺激では，陰茎海綿体圧の上昇は NVB 部位以外の刺激でも認められた。2例に片側神経温存術が施行され，摘除後電気刺激では2例とも電気生理学的に神経温存と判断された。腹腔鏡下前立腺全摘除術においても，電気刺激による陰茎海綿体圧のモニタリングは可能であった。また陰茎海綿体神経は NVB に限局していないことが示唆された。

腹腔鏡下根治的前立腺全摘除にて尿管損傷をきたした **1例**：松下 経，山中邦人，下垣博義，川端 岳（関西労災） 69歳，男性。限局性前立腺癌に対し腹腔鏡下根治的前立腺全摘除術を施行した。術翌日より創部から多量の排液を認め，左下部尿管損傷と診断した。尿管ステント留置にて保存的に治癒した。

腹腔鏡下に切除した **Seminal vesicle cyst** の **1例**：後藤崇之，澤田篤郎，沖波 武，柴崎 昇，石戸谷哲，奥村和弘（天理よろづ） 58歳，男性。検診で偶然膀胱後部に嚢胞を指摘されセカンドオピニオンで当科受診。CT・MRI・超音波検査にて膀胱後部に内部に充実性腫瘤を伴う径8cmの嚢胞を認めた。左精嚢は確認出来なかった。経直腸超音波ガイド下に腫瘤生検を施行し，悪性所見を認めなかったが，穿刺液中の CA19-9 が 21, 101 U/ml と異常高値であった。半年後の MRI で嚢胞は増大傾向にあったため，腹腔鏡下腫瘤切除術を施行した。気腹時間は128分であった。病理診断は Seminal vesicle cyst であった。Seminal vesicle cyst の腹腔鏡下切除術の報告は本例が12例目となり本邦では1例目となるが，低侵襲に加え良好な視野が得られ周囲臓器損傷のリスクを軽減しえる。

高度の筋力低下を呈した，膀胱小細胞癌に伴う異所性 **Cushing** 症候群の **1例**：赤松秀輔，武縄 淳，金丸聰淳，添田朝樹（西神戸医療セ） 78歳，女性。3ヵ月前に膀胱小細胞癌で膀胱全摘術を受けていた。進行性の四肢筋力低下で寝たきりとなったため当科入院。著明な低カリウム血症と代謝性アルカローシスを認め，低カリウム血症による筋力低下と診断した。内分泌検査で異所性 Cushing 症候群と合致する所見を認め，肺，肝，骨盤内に多発転移を認めたため膀胱小細胞癌の再発による異所性 Cushing 症候群と診断した。膀胱の病理組織標本は ACTH 染色で陽性であった。化学療法を行ったが，ステロイド過剰産生によると思われる免疫不全により肺炎を併発し急速な転帰をたどり死亡した。

小児後腹膜奇形腫の **1例**：白石裕谷，増田憲彦，大久保和俊，岡田卓也，清川岳彦，川喜田睦司（神戸中央市民），岸本健治，宇佐美郁哉（同小児科），今井幸弘（同病理） 4歳，女児。2005年1月頃より左季肋部から左腰背部に間欠的な痛みが出現し2006年5月24日症状が増悪したため当院救急外来受診。腹部超音波検査で左腎上極に6×7cm 大の腫瘍を認め，精査加療目的に小児科入院。一般採血，検尿で異常なし。CT，MRI で腎とは境界を有する多房性腫瘍を認め，腫瘍内には石灰化や脂肪成分も認めた。画像上他の部位に異常を認めず腫瘍マーカー，血中・尿中カテコラミンはすべて正常。MIBG シンチグラフィーも有意な所見なく後腹膜原発奇形腫と診断。開腹経腹膜に腫瘍を副腎と共に切除。病理では分化した三胚葉成分を認め成熟

奇形腫と診断された。術後半年を経過し再発を認めていない。後腹膜原発奇形腫は稀な疾患であるが小児で完全切除できた例は予後良好である。

高齢者の腎盂に発生したウィルス腫瘍の **1例**：岡所広祐，西山博之，上田政克，植垣正幸，佐野剛視，増井仁彦，根来宏光，長濱寛二，宗田 武，渡部 淳，神波大己，吉村耕治，兼松明弘，中村英二郎，伊藤哲之，賀本敏行，小川 修（京都大） 84歳，男性。2006年8月肉眼的血尿を認め当科受診。CT にて右腎盂に径2cmの腫瘍性病変と水腎症を認めた。尿細胞診は class 3 であり腎盂癌が疑われ，後腹膜鏡補助下右尿管全摘除術を施行。病理所見は，腫瘍内に上皮系や間葉系，芽球形成成分を認め，腎盂粘膜下に発生した腎芽腫（ウィルス腫瘍）と診断した。われわれの調べた限り本症例は，80歳以上のウィルス腫瘍の報告例として本邦海外あわせて3例目で，腎盂内発生の成人型ウィルス腫瘍としては1例目となる。高齢者の腎盂にウィルス腫瘍が発生するという稀有な症例を経験した。

前部尿道弁の **1例**：水流輝彦，上仁数義，西川全海，牛田 博，岩城秀出，影山 進，成田充弘，岡本圭生，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 在胎34週に胎児水腫のため他院で緊急帝王切開にて出生。腹水貯留を認め，VCUG にて膀胱破裂と診断されたが，後部尿道の拡張はなく，生後1ヵ月時に精査加療目的にて当科紹介受診となった。当院での VCUG では前部尿道弁および弁の遠位尿道の狭小化を認めた。治療は内視鏡的に行った。生後1年，血清クレアチニン値は0.18 mg/dl と良好で，排尿に問題を認めない。前部尿道弁は稀な疾患であるが，尿道先端部に病変部位があることも多く，VCUG ですべての尿道の描出が必要と考えられた。

BCG 注入療法が奏効した多発性尿管癌の **1例**：福井真二，小野隆征，松下千枝，藤本 健，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金） 症例は55歳，男性。左側腹部痛および両側水腎症を主訴に当科紹介受診。CT で左尿管結石と膀胱鏡で右尿管口に壁内尿管から連続する乳頭状腫瘍を認めた。病理結果は右尿管癌であり，後腹膜鏡下右尿管全摘除術・膀胱部分切除術施行。外来で経過観察していたところ，短時間で膀胱内に多発性の腫瘍の再発と，DIP で左下部尿管の以前の結石嵌頓部位に陰影欠損を認めた。BCG 膀胱注後，DIP の再検で陰影欠損の増大を認めたため左尿管鏡を施行したところ，尿管内に多発性乳頭状腫瘍を認めた。単腎症例であったため確実な注入と侵襲性を考慮し，S-J カテーテルを用いた腎盂尿管内 BCG 注入療法（1コース：1回/週，計6回）を合計2コース施行した。尿管鏡所見，尿管生検，尿細胞診ともに陰性となり，CR を得た。

馬蹄鉄腎に合併した珊瑚状結石，膿腎症の **1例**：中山治郎，永原啓，芝 政宏，高尾徹也，高山仁志，西村和郎，奥山明彦（大阪大），秋田裕史，池田正孝（同外科），中道伊津子（同病理） 42歳，女性。2003年2月より前医にて馬蹄鉄腎の左完全珊瑚状結石に対し，ESWL を4回施行。術後に腸腰筋膿瘍を合併しドレナージ術を施行。2005年6月，左膿腎症による発熱あり。抗生剤にて症状軽快するも左腎盂から左背部皮下に至る瘻孔を認め，以後も間欠的に排膿が持続し経過観察されていた。2006年10月，根治治療目的で当科紹介され入院。経腹膜のアプローチにて左半腎摘除術，瘻孔部摘除術を施行。左半腎と下行結腸は強固に癒着していた。摘除腎の病理組織像では，糸球体は萎縮・硝子化し，間質に慢性炎症細胞の浸潤を認め，腎盂側からは泡沫細胞や巨細胞の強い浸潤を認める，慢性腎盂腎炎の所見であった。結石はリン酸カルシウム，炭酸カルシウムの混合結石であった。

CT ガイド下経皮的ドレナージを併用し，保存的治療により軽快した気腫性腎盂腎炎の **1例**：松村永秀，倉本朋未，射場昭典，西畑雅也，根本康夫，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 症例は42歳，女性。既往歴は，耐糖能異常。発熱と下痢を主訴に近医受診。血液検査で DIC と診断，腹部 CT で右腎に異常所見を認めたため，当院に入院。入院時現症は，体温39.1度，頻脈，頻呼吸を呈し，腹部理学的所見では，右側腹部痛，CVA knock pain を認めた。入院時検査所見では，血小板減少，軽度の腎機能障害を認め，CRP，血糖値，HbA1c は著明高値。血液培養で *E. coli* が検出された。腹部 CT では，腎実質内に限局するガス像を認めた（Huang 分類クラス2に相当）。上部尿路に通過障害は認めなかった。入院翌日，CT ガイド下経皮的ドレナージ術を施行。ガスを脱気し，ドレーンを留置，少量の膿汁を吸引



した。膿汁培養の結果は、*E. coli* であった。入院直後から、抗菌剤投与と厳密な血糖コントロール、抗 DIC 療法を開始。ドレーンは、7日間留置後抜去した。入院後23日目には CRP は正常化し、39日目に退院。

術前補助化学療法により病理学的完全寛解が得られた前立腺原発尿路上皮癌の1例：吉田栄宏，氏家 剛，植村元秀，任 幹夫，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同臨床病理），原田泰規（国立大阪医療セ） 67歳，男性。頻尿を主訴に近医受診し前立腺肥大症として加療されていた。9カ月後に肉眼的血尿が出現し当科紹介受診した。直腸診では前立腺は鶏卵大，石様硬，表面不整，尿細胞診は class V，PSA は0.443であった。尿道鏡では前立腺部尿道粘膜は不整で出血を認めた。MRI では前立腺が置換するように腫瘍を認めた。経会陰的針生検，経尿道的生検を施行し尿路上皮癌，grade 3 と診断した。膀胱浸潤，左腸骨リンパ節転移を伴う前立腺原発尿路上皮癌 T4N1M0 と診断し，術前補助化学療法として MVAC 療法2コース施行後，膀胱前立腺尿道全摘，回腸導管造設術を施行した。摘出標本に癌細胞を認めなかった。術後8カ月経過し再発転移を認めない。

精巣腫瘍後腹膜リンパ節転移の診断に FDG-PET が有用であった1例：石村武志，石川智基，中野雄造，田中一志，武中 篤，原勲，藤澤正人（神戸大） 23歳，男性。右精巣腫瘍 stage I で2006年1月5日右高位精巣摘除術施行。術前 HCG- $\beta$  3.3 ng/ml，AFP 1,036 ng/ml，病理診断は mixed germ cell tumor であった。術後経過観察中，3月17日 HCG $\beta$  2.2と上昇したが，CT などでは転移巣を指摘しえず，FDG-PET で腹部正中に集積を認めた。精巣腫瘍後腹膜リンパ節転移の診断で PEB 療法を4コース施行した。治療に伴い CT 上，動静脈間に内部が壊死した径2 cm の low density SOL が認識されるようになった。HCG $\beta$  は2コース終了時に陰性化，CT 上の SOL も4コース施行後に消失し，FDG-PET での集積も消失した。

左巨大精巣腫瘍の1例：安藤 慎，松原重治，中村一郎（神戸西市民） 52歳，男性。1年半前から左陰嚢内容腫大を自覚し，徐々に増大したため近医受診。CT にて左精巣腫瘍，後腹膜リンパ節転移を認めた。当科初診時，左陰嚢内容は小児頭大に腫大し，LDH 2,691 IU/l，AFP 575 ng/ml，HCG- $\beta$  16.6 ng/ml であった。高位精巣摘除術施行し，大きさ 23×14×10 cm，重量 2,500 g であり，病理診断はセミノーマであったが，腫瘍マーカー上非セミノーマと診断した。PEB 4コースの施行により腫瘍マーカーはすべて正常化したが CT 上後腹膜リンパ節に残存腫瘍を認め，後腹膜リンパ節郭清術を施行した。摘除組織に viable cell は認めず，術後7カ月で再発・転移を認めていない。自験例は巨大精巣腫瘍としては本邦67例目である。文献上腫瘍重量と予後との間に相関はなく，病期診断に応じて治療方針を決定すべきと考えられる。

精巣悪性リンパ腫の1例：森 喬史，吉川和朗，南方良仁，新谷寧世，稲垣 武，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 65歳，男性。主訴は右無痛性陰嚢腫大。2006年8月初旬，右無痛性陰嚢腫大を自覚したため，近医を受診。右精巣腫瘍が疑われ，当科紹介受診。手術目的で当科入院となった。血液検査では，IL-2 レセプターの上昇を認めた。CT では，8 cm 大の右陰嚢内腫瘍および左腎門部に1.5 cm 大のリンパ節の腫大を認めた。右精巣腫瘍と診断し，高位精巣摘除術を施行した。病理組織診断は，malignant lymphoma，diffuse large cell type，B cell typeであった。病期分類は Ann arbor 分類 class IV であり，国際予後指標の high-intermediate risk に分類された。術後化学療法として Rituximab 併用 CHOP 療法を施行中である。今後全身状態が安定していれば，自己末梢血幹細胞移植併用大量化学療法を予定している。

精巣横紋筋肉腫の1例：川村憲彦，角田洋一，福原慎一郎，今津哲央，原 恒男，山口誓司（市立池田），足立史郎（同病理） 16歳，男性，主訴は有痛性左陰嚢内腫瘍。2004年10月より左陰嚢内容の腫大を自覚。さらに増大・疼痛の出現もあり，2005年3月近医受診。左精巣腫瘍の診断にて，当科紹介となった。腹部造影 CT にて，左腎下極の高さで大動脈左側に3 cm 大のリンパ節腫大を認めた。同月左高位精巣摘除術施行。組織診断は傍精巣横紋筋肉腫であった。術後 IRS のレジメに準じた化学療法を施行し，後腹膜リンパ節は縮小した。2005年8月後腹膜リンパ節郭清術を施行。組織診断にて横紋筋肉腫の

残存を認めたため，VA 療法を施行。2006年4月の腹部 CT では再発・転移の徴候は認めなかった。2006年7月の腹部 CT にて腹腔内に再発を認め，再度化学療法施行するも効果乏しく，術後21カ月に死亡，剖検を施行した。

精索 Myxofibrosarcoma の1例：竹澤健太郎，松岡庸洋，高尾徹也，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），木村勇人，冨田裕彦（同病理） 77歳，男性。2005年10月より左陰嚢内容腫脹を自覚し2006年6月当科初診。左陰嚢内に拳大，無痛性腫瘍を認めた。腫瘍マーカーは LDH が軽度高値， $\beta$ hCG，AFP は基準値内であった。入院時，左陰嚢内容はさらに増大し鼠径部に達していた。胸部XPは異常なかった。7月，左精巣腫瘍の診断の下，左高位精巣摘除術を施行した。腫瘍は内鼠径輪の奥まで連続しており，可及的近位側で切除したが腫瘍残存は明らかであった。摘除標本は13×10×10 cm。標本中に肉眼的に intact な精巣が確認された。病理診断は精索 myxofibrosarcoma，high-grade であった。術直後の腹部 CT にて後腹膜の多発リンパ節転移を指摘され，放射線治療を開始したが，間もなく多発肺転移，胸膜播種が出現し術後65日目に死亡された。

結核性精巣上体炎の1例：福井勝也・川喜多繁誠・杉 素彦・島田治・矢西正明・室田卓之（関西医大滝井），四方伸明（同病理），松田公志（関西医大） 76歳，男性，左陰嚢の有痛性腫大を主訴に受診。炎症性の病変と考え，レボフロキサシンを投与。一時的に改善するも，4カ月後に，精巣上体に数珠上の硬結を認めたため，左精巣上体切除術を施行。術前の尿，喀痰，左精巣上体尾部の膿からは抗酸菌培養，結核 PCR 法は陰性だが，病理組織学で乾酪壊死，Langhans 巨細胞，類上皮を認め，結核性精巣上体炎と診断。INH，RFP，EB の3剤併用療法を開始。2カ月が経過した現在再発の所見は認めていない。尿路性器結核は1955年以降著明に減少しており，現在泌尿器科外来総数の0.1%台であるが，2006年の70歳以上の新登録結核患者の占める割合は前年増であり，また20・30歳代の結核罹患率も前年増である。結核罹患率からみて，尿路性器結核は外来診療で陰嚢内腫瘍の鑑別すべき疾患として重要である。

小児の交通性陰嚢水腫術後再発，精索水腫合併例に対する腹腔鏡下根治術の経験：徳地 弘，高尾典泰，七里泰正（大津市民） 6歳，男児。生後11カ月と5歳時に右陰嚢水腫根治術を施行。1年ほどして再発し当科受診。交通性再発と右陰嚢上部の弾性軟腫瘍を認めた。Abdominoscrotal hydrocele と診断し2006年12月4日腹腔鏡下に開存腹膜鞘状突起切断，内鼠径輪縫縮，水腫腹腔内部分切除を施行した。下腹部3ポート（12，5，5 mm），手術時間は2時間21分，出血量は少量，合併症なしであった。腹腔鏡下陰嚢水腫根治術は，特に再発例や両側例では，癒着のない，拡大視野で施行でき，よい適応と思われる。Abdominoscrotal hydrocele は，腹腔内部分と鼠径陰嚢内部分との二房性を呈する陰嚢水腫の稀な一亜型である。腹腔内部分残すと，再発するおそれがあり注意が必要である。

巨大な多発性嚢胞腎に合併した腎細胞癌の1例：大家角義，山崎浩（神戸労災），酒井 豊，森下真一（鐘紡記念），梅津敬一（三菱神戸） 47歳，男性。多発性嚢胞腎のため2年前より人工透析を導入される。腹痛，熱発を繰り返すため2006年9月19日当科紹介となる。ダイナミック CT にて右腎下極に早期相で強く造影される領域があり腎癌と診断し2006年11月29日上腹部正中切開を延長して根治的腎摘出術を施行した。摘出標本は約4,000 g，病理組織は clear cell carcinoma (G3) 3.7×3.0 cm pT1a であった。ADPKD に RCC が合併する率は健常人と同じであるとされるが，その RCC は予後不良因子が多く早期発見が望まれる。定期的な画像検査が，これにつながるのではないかと考えられた。

腎被膜から発生した脂肪平滑筋腫の1例：鈴木 透，三井要造，上田康生，樋口喜英，丸山琢雄，近藤幸幸，野島道生，山本新吾，島博基（兵庫医大），新長真由美，廣田誠一（同病院病理） 78歳，女性。高血圧，糖尿病にて近医通院中に撮影した2005年7月の CT にて，左腎下極背側に突出した5 cm 大の腫瘍を指摘され，精査加療目的で同年8月に当科へ紹介された。単純 CT では筋肉と等濃度，造影 CT では造影効果は弱く，一部に脂肪成分と考えられる低濃度部分が混在していた。MRI でも脂肪成分が確認された。以上より血管脂肪腫などの腎良性腫瘍が考えられたが，腫瘍サイズも5 cm 大と比



較的大きく、また悪性の可能性も完全には否定できないため2006年1月に後腹膜鏡下無阻血左腎部分切除術を施行した。病理組織診断は腎被膜から発生した脂肪平滑筋腫であった。

**サルコイドーシス経過観察中に発見された嫌色素性腎細胞癌の1例**：岩村浩志，寒野 徹，山本雅一，金丸洋史（北野） 54歳，女性。既往歴：サルコイドーシス（胸郭内，筋肉，眼）臨床経過：20年前より，サルコイドーシスで経過観察中にCTで右腎に2cmの腫瘍を指摘され，当科を受診した。また同時に右膝蓋部に腫瘍を認めた。胸部X線でBHLを認めた。生化学検査で，血清ACE， $\gamma$ -G，ペリチームの高値を認めた。逆行性腎盂造影およびエコーガイド下経皮的腎生検を施行するも確定診断つかなかった。悪性を否定できないため，後腹膜鏡下右腎摘除術および右膝蓋部軟部腫瘍切除術を施行した。病理組織所見は，右腎は嫌色素性腎細胞癌，pT1，G2。右膝蓋部はサルコイドーシスであった。悪性腫瘍とサルコイドーシスの関連については諸説があるも，未だ不明である。また，悪性腫瘍によるサルコイド反応をサルコイドーシスと診断することがあり注意を要すると考えられた。

**腎 Mixed epithelial and stromal tumor の1例**：楠田雄司，磯谷周治，岡本雅之，小川隆義（姫路赤十字）桑山雅行（宍粟総合） 51歳，女性。CTにて右腎に偶発腫瘍を認め当科紹介受診。CT，MRI，ドップラーエコーにて右腎中央外側に4cm大の隔壁を伴った多房性病変を認めた。この隔壁には造影効果を認めた。Cystic RCCあるいは嚢胞を伴った腎癌（T1bN0M0）と診断し手術補助腹腔鏡下根治的右腎摘除術を施行した。境界明瞭だが被膜のない35mm大の腫瘍が腎皮質から髓質にまたがって存在していた。病理所見では，立方上皮や移行上皮で覆われた腺管の集簇とその周囲を取り囲む間葉系細胞の密な集簇からなる島状の結節が，血管や平滑筋の豊富な線維性結合織に存在していた。Mixed epithelial and stromal tumor と診断した。術後1年7カ月の現在再発の徴候を認めていない。

**非外傷性腎嚢胞破裂の1例**：岩田裕之，木村伸悟，伊藤哲也，森川洋二（市立伊丹） 50歳，女性。自宅で掃除の際，右腰背部痛を自覚し救急外来で血尿を指摘され当科紹介となった。エコーで腎の辺縁，内部は不明瞭。CTでは造影効果を認めないhigh densityな腫瘍性病変を認め，腎周囲に広がり示していた。これより腎嚢胞の非外傷性破裂と診断した。入院後は血圧も安定し，疼痛も徐々に改善され，その後施行したCTで血腫の増大がみられず，血液検査でも貧血の進行が見られなかったため，2週間後に退院となった。退院後施行した発症3カ月後のCTでは腎周囲血腫は消失し，9カ月後のCTでは嚢胞は約2cmと著明な縮小を認めた。これまでに本邦では38例の腎嚢胞破裂の報告があり，そのうち24例が明らかな外傷を伴わない自然破裂であった。本症例は感染の合併もなく，破裂の原因は不明であり今後も嚴重な経過観察が必要と思われた。

**食道癌腎転移の1例**：横山昌平，藤田昌弘，横溝 智，室崎伸和，本多正人（近畿中央），小林研二（同外科），吉田恭太郎（同病理），小角幸人（高橋クリニック） 57歳，女性。2005年6月食道癌・食道アカラシアの診断にて当院外科紹介。Stage IVa（T3N4M0）にて術前化学療法施行後，2005年8月食道亜全摘，全胃管胸骨後再建術施行。病理組織診断は中分化型扁平上皮癌であった。術後化学療法および放射線治療を施行し，効果判定はCRであった。2006年4月にSCCの上昇を確認，7月CTにて右腎腫瘍を認め，当科紹介受診となった。術前CTにて右腎腫瘍は肝および結腸浸潤が疑われた。9月右腎摘除，肝部分切除，右半結腸切除，十二指腸部分切除を施行。病理組織所見は角化を含む扁平上皮癌であり，食道癌の転移と考えられた。術後化学療法を施行され，現在再発所見なく術後6カ月が経過している。転移性腎腫瘍の原疾患として食道癌は肺癌に次いで2番目に多く，食道癌原発の転移性腎腫瘍として本症例は本邦44例目であった。

**後腹膜鏡下根治的腎摘除術時，小腸穿孔をきたした1例**：竹内一郎，白石 匠，清水輝記，奥原紀子，内藤泰行，邵 仁哲，浮村理，河内明宏，三木恒治（京都府立医大），畑 佳伸（田辺中央） 61歳，男性。前医CTにて左腎腫瘍を認め当科紹介。CT・MRI・RIにて左腎細胞癌cT3aN0M1と診断し，後腹膜鏡下根治的腎摘除術を施行した。術後2日目，高熱と筋性防御を伴う上腹部痛を認め，CT上腸管穿孔が疑われたため緊急開腹術を施行。トライツ靱帯から約

50cm 肛門側の小腸に穿孔を認め，小腸切除術を施行した。病理組織所見上，漿膜側に変性壊死を認め，超音波駆動メスによる熱損傷が原因と考えられた。文献によると体腔鏡下腎摘除術における腸損傷の頻度は経腹膜到達法，後腹膜到達法とも約0.5%と報告され，両者の間に差は認めない。後腹膜到達法においては腹膜越しに腹腔内臓器損傷を起こす可能性があることを認識すべきであると考えられた。

**珍しい経過をたどった人工血管感染の1例**：青山真人，黒木慶和，長沼俊秀，武本佳昭，仲谷達也（大阪市立大）[症例] 57歳，女性。主訴，左上腕のgraft部の疼痛。臨床経過：長期間閉塞していたgraftに感染をきたしたため，部分摘出術を行ったが，1年後に再度残存graft感染をきたしたため入院した。身体所見：全身感染症に伴うSIRSの合併は認められなかった。Graft部の皮膚は潰瘍形成しており，*Staphylococcus Aureus* (MSSA) を検出した。3-D CT画像により，術前に3つのgraftを確認した。2005年7月，残存graft全摘出術施行（吻合部の自己血管壁も摘出）。一部のgraftから排膿を認めたが，術後は順調に経過した。[考察] Graft感染では急速に敗血症を発症し，死亡した報告あり，時期を逸せずに外科的治療を行うことが必要。

**尿管原発小細胞癌の1例**：増井仁彦，神波大己，植垣正幸，岡所広祐，佐野剛視，根来宏光，長濱寛二，渡部 淳，宗田 武，吉村耕治，兼松明弘，中村英二郎，西山博之，伊藤哲之，賀本敏行，小川修（京都大），鄭 漢彬（長浜日赤） 60歳代，男性。肉眼的血尿で前医受診。膀胱鏡にて膀胱内に腫瘍を認めず，DIPにて左水腎症，逆行性腎盂造影で左中部尿管に造影欠損を認めた。左尿管尿細胞診class 5にて左尿管癌と診断され当院紹介。CT上，左中部尿管に2cm大の腫瘍を確認。術前腫瘍マーカーNSE・CEA・CA19-9陰性。cT2N0M0の診断のもと，後腹膜鏡補助下左腎尿管全摘術施行。病理診断は小細胞癌pT3pN1。術後補助化学療法として多剤併用化学療法（Irinotecan，Etoposide，CDDP）2コースおよび平行して左後腹膜に放射線療法54Gyを施行。現在術後3カ月目であるが，再発を認めず外来経過観察中である。

**浸潤性腎盂尿管癌の2例**：加藤大悟，真殿佳吾，斉藤 純，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府医療セ） 症例1は64歳，女性。主訴は腰背部痛。腰背部痛を自覚していたが，疼痛が持続するため，前医受診。CT，MRIにて左水腎症，多発性肝腫瘍，骨転移像，腹部大動脈リンパ節腫脹認め，MVAC3クール施行するも，全身状態が悪化し，死亡した。症例2は73歳，女性。主訴は悪心，嘔吐。食欲不振，嘔吐のため，近医受診。内視鏡検査により十二指腸の壁外からの圧迫認め，腹部CT撮影したところ，右腎盂腫瘍疑認め，現在MVAC施行中である。今回のように初診時に血尿を認めない腎盂尿管癌の症例は少なくない。そこでわれわれはこの7年間に当院において腎盂尿管癌と診断された128例を初診時の血尿の有無により2群に分け，病期分類との関係を検討した。結果は非血尿群ではT2以上の症例が有意に多かった。また病理組織学的に腎盂尿管癌と診断された92例について検討したが，非血尿群ではpT2以上の浸潤癌が多く，またG3症例がG1，G2症例より有意に多かった。

**全尿管摘除術後の化学療法にて腸管壊死をきたした尿路上皮癌の1例**：西澤恒二，宮崎 有，山田 仁，東 義人（医仁会武田） 75歳，男性。主訴は血尿。尿路上皮癌のため全尿管摘除，UCG3pT3N1M0であった。透析患者では抗癌剤の安全性は不明確であることを説明したが，転移再発予防への本人の強い希望があり，パクリタキセル（100mg/m<sup>2</sup>）・ジェムシタビン（1,000mg/m<sup>2</sup>）を投与。4日後より多量の下痢血便を発症して21日目には腸管壊死し結腸亜全摘施行，虚血性大腸炎と診断された。タキサン系抗癌剤による虚血性大腸炎は，粘膜上皮，血管内皮の障害が原因とされる。とくに透析患者では虚血性腸炎のリスクがあり，本症例での発症・重症化に関与した可能性がある。パクリタキセル・ジェムシタビン両薬剤は透析患者でも使用可能とされるが，重大な副作用の可能性には十分に説明・留意される必要がある。

**膀胱癌の尿管転移の1例**：葉山琢磨，上川禎則，浅井利大，山崎健史，石井啓一，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市医療セ），堀井勝彦，山崎 修（同外科） 57歳，男性。膀胱頭部癌，左腎癌に対して，2006年5月に，膀胱頭十二指腸，リンパ節切除，左腎部分切除術施

行。睪は、well differentiated tubular adenocarcinoma、リンパ節転移あり。腎は、Papillary renal cell carcinoma。10月に熱発、右腰背部痛出現し入院。CA19-9の高値を認め、CTで右水腎症、逆行性腎盂造影では、L4 レベルで、約3 cmの狭窄像を認めた。尿管鏡施行し、尿管内腔に充滿する腫瘍を認め、生検結果はTCC G2であり、腎尿管全摘除術施行。尿管は周囲と強く癒着を認めたが、周囲よりの直接浸潤を思わせる所見はなかった。病理診断は、睪癌の尿管転移であった。睪を原発とする転移性尿管腫瘍の報告は、われわれの症例で7例目であった。

**尿管ステントを長期間放置された1例：田上英毅、岡村基弘、中川雅之、吉田浩士、上田朋宏**（京都市立） 72歳、女性。子宮頸癌：Stage IVaで放射線・化学療法施行。機能的単腎状態の左尿管狭窄に対して、2002年12月から尿管ステント留置。9カ月後から来院せず。2006年8月に38度台の発熱・左下腹部痛が出現。約3年間放置された尿管ステント閉塞に伴う腎不全・左尿管尿路外逸流・腸腰筋膿瘍を来としており、左PNS造設術およびステント交換・ドレナージを施行。結石を伴わないステント閉塞であった膿瘍は左下腿筋群に拡がり、切開・排膿を追加。培養で腸球菌検出。抗生物質投与と適切なドレナージにより全身状態の回復を得た。PNS抜去・ステント再留置状態で退院に至る。慢性尿路感染や尿流停滞・脱水などに加えて、長期放置が原因と考えられた。

**自然破裂を来した副腎皮質癌の1例：李 勝、合田上政、山下真寿男**（明石市民）、**愛新啓盛**（宍粟総合） 45歳、女性。2006年2月2日就寝中に突然右側腹部痛出現し、近医受診。腹部CTで後腹膜血腫指摘され、同日当科紹介入院。保存的加療にて出血はコントロールしえ、画像診断および内分泌学的検査から右副腎腫瘍、特に副腎皮質癌の自然破裂が疑われた。全身状態改善し一時退院の後、3月28日右副腎、腎摘出術施行。病理組織結果はWeissの指標の3項目以上を満たし、副腎皮質癌と診断された。Stage II・(T3, N0, M0)で患者と相談の結果、局所放射線療法を追加し外来経過観察していたが、2007年1月肺転移の出現が疑われ現在mitotane投与中である。自然破裂を来した副腎皮質癌は非常に稀で、われわれの検索しえた限り文献上自験例が5例目であった。

**嚢胞状変化を伴った副腎 Adenomatoid tumor の1例：渡辺仁人、乾 秀和、木下秀文、松田公志**（関西医大） 50歳代、女性。現病歴：肺気腫のため近医受診時のCTで嚢胞と嚢胞壁に一部石灰化を伴う右副腎腫瘍を指摘された。BMI20、高血圧なし。カテコラミンなど内分泌学的検査は異常なし。副腎シンチで右側に集積を認めた。2007年10月腹腔鏡下右副腎摘除術施行し、手術時間3時間4分、出血量200 mlだった。術後1日目から食事・歩行開始できた。摘出標本では内部に粘液を伴う、大小の嚢胞が多数認められた。特殊染色ではカルレチニン陽性、D2-40陽性でadenomatoid tumorと診断された。嚢胞内の粘液はヒアルロン酸であった。副腎adenomatoid tumorは稀な疾患で中皮細胞由来の良性腫瘍とされている。これまで本症例を含めて22例報告され、高血圧の精査で判明した2例以外は他疾患の精査中に偶然発見されている。術後再発や転移はこれまでのところ報告されていない。

**肝細胞癌副腎転移の1例：熊本廣実、谷 満、細川幸成、林 美樹**（多根総合）、**藤本清秀、平尾佳彦**（奈良医大） 55歳、男性。B型肝炎硬変、肝細胞癌に対し当院消化器科にて5年前より加療中。腹部CTにて急速に増大し、不均一に造影される副腎腫瘍を指摘され、当科受診。PIVKA-2値は17,100に上昇しており、肝細胞癌転移性副腎癌と診断。肝内に明らかな再発を認めず、副腎以外に他の遠隔転移を認めないことから、2005年8月経腹的副腎腫瘍摘除術を施行。病理所見は肝細胞癌転移であった。術後3カ月目にPIVKA-II値216まで低下するも、術後約7カ月目に肝臓内に多発再発を認め、術後14カ月後肝性脳症にて死亡した。肝細胞癌副腎転移腫瘍に対する治療方法は、原発巣が十分コントロール可能で他の遠隔転移を認めない場合に、手術適応と考える。

**術後5年目に局所再発を来した傍尿道 Aggressive angio-myoxoma の1例：波多野浩士、辻本裕一、新井康之、高田 剛、本多正人、松宮清美、藤岡秀樹**（大阪警察）、**安岡直直、辻本正彦**（同病理） 28歳、女性。外陰部の無痛性の腫瘍を自覚し、2001年4月6日当科を受診。骨盤MRIでは尿道と膣との間に直径2.5×3.0 cm大の腫瘍を認めた。傍尿道腫瘍と診断し、同年5月23日腫瘍摘出術を施行。病理診断はaggressive angio-myoxomaであった。2006年9月16日、半年前から徐々に増大する外陰部の腫瘍を主訴に当科を受診。骨盤MRIでは尿道と膣との間に直径2.5×3.0 cm大の腫瘍を認めた。同年11月13日、腫瘍摘出術を施行。病理組織はaggressive angio-myoxomaであった。術後3カ月が経過した現在、再発、転移を認めない。

**外陰部侵襲性血管粘液腫の1例：梶尾圭介、善本哲郎**（市立川西）、**田口恵造**（たぐちクリニック） 43歳、女性。数年前より外陰部皮下に腫瘍を自覚していたが放置していた。しかし腫瘍の増大に伴って外陰部への自然脱出を認めたため2006年3月近医を受診。右外陰部腫瘍の診断を受け3月22日当科紹介受診となった。同日入院のうえ、3月23日腰椎麻酔下に腫瘍摘出術を施行。腫瘍の大きさは10×8×5 cm大で、右大陰唇より発生しその茎部は上皮に覆われていたが腫瘍本体の表面は上皮を欠損していた。病理組織学的所見では、腫瘍間質部に小血管を主体に一部中型で壁肥厚もみられる血管の増生を伴った小型紡錘形の腫瘍細胞が疎に増殖する組織像を認めた。以上より、外陰部侵襲性血管粘液腫と診断した。現在術後約11カ月経過するも明らかな再発は認めていない。

**外傷性持続勃起症に対する陰茎海綿体動脈塞栓術施行の1例：山田篤、石橋道男、中井 靖、鳥本一匡、田中雅博、藤本清秀、平尾佳彦**（奈良医大）、**丸上永晃、阪口 浩**（同放射線） 20歳、男性。車同士の交通事故で受傷し、1週間後から持続勃起症が出現。3週間後の超音波断層ドプラー検査にて陰茎海綿体内に血腫と左右海綿体動脈から流入する仮性動脈瘤を認めた。計4回の塞栓術（自己凝血塊2回、ゼラチンスポンジ2回）を施行した。術後、勃起症状は改善し性機能も保たれている。ゼラチンスポンジを用いたTAEにより治療効果が得られ、持続勃起症（high flow type）の診断からTAEによる治療効果判定までを経時的に超音波で簡便に観察することが可能であった。Doppler USでの観察が診断において有用であると考えられる。